

D'UN CAS D'ANÉVRYSME

N° 40

DE LA

CAROTIDE INTERNE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
D'AVEC LES TUMEURS DU VOILE DU PALAIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 13 Août 1883

Par **A. MURATET**

Né à Boufarik (Algérie)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

—
1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✨ ✨ DOYEN
 CASTAN } ASSESSEURS
 COMBAL }

PROFESSEURS

<i>Opérations et appareils</i>	BOUISSON, O. ✨ ✨, D. HONORAIRE
<i>Pathologie externe</i>	BOYER ✨.
<i>Accouchements</i>	DUMAS ✨.
<i>Clinique médicale</i>	DUPRÉ ✨ C. ✨.
<i>Anatomie</i>	BENOIT ✨ ✨.
<i>Clinique chirurgicale</i>	COURTY ✨.
<i>Clinique médicale</i>	COMBAL ✨ ✨.
<i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i>	
<i>Physique médicale</i>	CAVALIER ✨.
<i>Anatomie pathologique et histologie</i>	MOITESSIER ✨.
<i>Médecine légale et toxicologie</i>	ESTOR.
<i>Clinique chirurgicale</i>	JAUMES.
<i>Chimie médicale et Pharmacie</i>	DUBRUEIL ✨.
<i>Hygiène</i>	ENGEL.
<i>Pathologie médicale</i>	BERTIN-SANS.
<i>Thérapeutique et Matière médicale</i>	CASTAN.
<i>Botanique et Histoire naturelle médicales</i>	GRASSET.
<i>Physiologie (chargé du cours)</i>	PLANCHON ✨ ✨.
	LANNEGRACE.
	MARTIN (O. ✨), FONSSAGRIVES (O. ✨), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS

<i>Clinique des maladies des enfants</i>	MM. BATTLE, agrégé.
<i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i>	GAYRAUD, agrégé.
<i>Clinique des maladies des vieillards.</i>	HAMELIN, agrégé.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	CHALOT.
PÉCHOLIER.	BIMAR.
HAMELIN.	LANNEGRACE.
GRYNFELTT.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✨.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	VILLE

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUBRUEIL, Président ;
 BOUISSON, Professeur ;
 JACQUEMET } Agrégés.
 BLAISE }

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
de mon Père et de ma Mère

Regrets éternels !

A la mémoire de mon frère Louis

A mon frère Théophile

Témoignage de reconnaissance.

A. MURATET.

A M. le Professeur Dubrueil

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL SAINT ÉLOI

A MES MAITRES

A. MURATET.

A mes Parents

A la famille Mourgaud

A mes Amis

A. MURATET.

INTRODUCTION

Si nous avons fait de *l'anévrysme de la carotide interne* l'objet de notre travail inaugural, nous y avons été engagé par l'observation d'un fait clinique dont nous avons été dernièrement témoin à l'hôpital St-Eloi, dans le service de M. le professeur Dubrueil.

L'importance du sujet, l'intérêt qui s'y rattache, le concours étrange de circonstances au milieu desquelles il s'est manifesté, nous ont décidé à lui consacrer cette étude.

Bien qu'il soit en usage, lorsqu'on aborde l'étude d'une maladie, d'en faire préalablement l'historique, de s'étendre sur ses manifestations et sur les diverses médications propres à la combattre, nous ne ferons qu'effleurer l'histoire, la pathogénie et le traitement des anévrysmes en général pour ne parler que de l'anévrysme des carotides et principalement de celui de la carotide interne.

Nous dirons un mot du siège des anévrysmes en général, de leurs artères de prédilection, de l'influence qu'exercent sur leur production l'âge, le sexe, la profession; en un mot, nous donnerons la statistique de leur fréquence selon les régions, et nous citerons à peu près, en entier, l'observation qui fait l'objet de ce travail.

Dans un chapitre consacré au diagnostic, nous essaierons de distinguer cette affection de ce qui n'est pas elle, c'est-à-dire de différen-

VIII.

cier l'anévrysme de la carotide interne des autres tumeurs du voile du palais.

Sans avoir la prétention d'éclairer d'un jour nouveau ce point important, mais rare, du cadre nosologique, nous essaierons cependant de bien faire ressortir les symptômes fonctionnels qui séparent l'anévrysme de ces tumeurs néoplasiques, qui prêtent si souvent à la confusion et peuvent donner lieu à des méprises regrettables et pour le malade et pour le chirurgien.

Pour mettre le praticien en garde contre une erreur si facile à commettre et, hélas ! non sans nombreux précédents, nous insisterons sur le diagnostic différentiel et les accidents que provoquent non-seulement la confusion, mais encore certains modes de traitement.

Nous diviserons donc notre travail en quatre parties :

1° Siège ordinaire et statistique des anévrysmes en général ; rareté de l'anévrysme de la carotide interne. Diverses méthodes de traitement.

2° Relation de l'Observation (Hôpital St-Eloi).

3° Diagnostic différentiel des anévrysmes de la carotide d'avec les tumeurs du voile du palais.

4° Conséquences et accidents résultant de la ligature des carotides.

Que M. le professeur Dubrueil nous permette de lui témoigner ici notre profonde gratitude pour la bienveillance dont il nous a donné tant de preuves depuis notre séjour à Montpellier !

D'UN CAS D'ANÉVRYSME DE LA CAROTIDE INTERNE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
D'AVEC LES TUMEURS DU VOILE DU PALAIS

PREMIÈRE PARTIE

SIÈGE ET STATISTIQUE DES ANÉVRYSMES

Les anévrysmes traumatiques ou spontanés choisissent de préférence certaines régions artérielles : ainsi les anévrysmes traumatiques produits par instruments, par contusion ou par la ligature, affectent surtout les artères superficielles.

Les anévrysmes spontanés sont beaucoup plus fréquents sur les branches du système aortique ; on peut dire que toutes les artères de quelque importance sont sujettes à cette affection.

L'aorte, les grandes artères des membres, les carotides primitives, en sont le siège le plus ordinaire.

Si nous consultons le tableau de Crisp, sur la fréquence relative des anévrysmes sur les principales artères, nous relevons les chiffres suivants :

Aorte thoracique	175
Aorte abdominale et ses branches	59
Artère poplitée	137
Fémorale	66
Carotides	25
Sous-clavière	23
Tronc brachio-céphalique	20
Axillaire	18
Iliaque interne	9
Artères intra-crâniennes	7
Iliaque primitive, fessière tibiale postérieure, branches de l'artère pulmonaire	2
Temporale, ophthalmique, sous-scapulaire, brachiale	1

L'aorte fournit donc plus de 42 0/0 du chiffre total des anévrysmes, la poplitée 25 0/0, la fémorale près de 11 0/0, les carotides 4 1/2 0/0 la sous-clavière 4 0/0, le tronc brachio-céphalique 3 1/2 0/0, l'artère axillaire 3 0/0.

Rare avant 20 ans (6 cas sur 551), l'anévrysme spontané, en général, présente sa plus grande fréquence entre 30 et 50 ans, et se rencontre de préférence chez les individus dans la force de l'âge, possédant une grande énergie musculaire, et ayant une profession pénible ; partant, il n'est pas difficile d'admettre, avec M. Crisp, qu'il est moins fréquent chez la femme ; il trouve que dans les cas recueillis, les femmes figurent à peu près pour un huitième.

La race, dit Lefort, aurait une certaine influence sur l'étiologie des anévrysmes si l'on se contentait de constater la fréquence plus grande en Angleterre et en Amérique qu'en France et en Allemagne ;

mais des habitudes différentes ont peut-être eu autant d'influence que la différence de race.

Comme cause de l'anévrysme, on peut invoquer le choc plus énergique du sang contre les parois artérielles, non pas dans telle artère ou dans telle autre, mais dans les vaisseaux les plus volumineux, et en même temps les plus rapprochés du cœur, surtout si on y ajoute l'influence de leur dilatation ampullaire au niveau de leurs subdivisions, et dans certaines parties de leur trajet. Ainsi, la carotide devient le plus souvent malade au niveau de sa subdivision en interne et externe ; or, il existe normalement à cet endroit une notable dilatation.

L'impulsion plus violente du sang ayant lieu accidentellement dans le cas d'émotions vives a été invoquée comme contribuant à la production de l'anévrysme.

Les altérations des parois vasculaires ont nécessairement une influence capitale, puisqu'elles provoquent la rupture partielle des tuniques artérielles ; aussi, la dégénérescence athéromateuse a-t-elle été invoquée par la plupart des auteurs.

La goutte, le rhumatisme ont une influence assez douteuse.

La syphilis, le traitement mercuriel, l'alcoolisme, semblent prédisposer aux anévrysmes.

Les tumeurs ou les abcès voisins peuvent, en perforant ou en dénudant l'artère et en diminuant la résistance de ses parois, favoriser la production des anévrysmes.

Les causes traumatiques sont excessivement variées ; aussi ne nous y arrêterons-nous pas.

La différence est beaucoup moins prononcée pour les anévrysmes internes que pour les anévrysmes externes. Ainsi, sur 243 cas d'anévrysmes internes, les femmes comptent pour un cinquième, tandis qu'elles ne sont représentées que par un quatorzième sur l'ensemble des anévrysmes externes.

M. Broca fait cependant une exception pour les anévrysmes des carotides, qui sont, dit-il, aussi communs chez la femme que chez l'homme. Il existe même une variété d'anévrysmes qui aurait une pré-

dilatation pour la femme : c'est l'anévrysme disséquant. On a cherché la cause de cette particularité, et on l'a attribuée à la structure des parois artérielles qui, chez la femme, ont les tuniques plus lâchement unies que chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, on voit par ce qui précède que les anévrysmes des carotides sont assez rares, et bien plus rares encore sont ceux qui intéressent spécialement la carotide interne (1) et s'étendent au voile du palais.

Comme dans les autres régions, les tumeurs anévrysmales carotidiennes se divisent en spontanées et traumatiques. Les anévrysmes faux consécutifs de la carotide en offrent peu d'exemples ; M. Léon Lefort a pu cependant en réunir un certain nombre, parmi lesquels nous citerons ceux qui ont été opérés à l'aide de la ligature par Macaulay, de Calcutta (1813), sur un homme de 36 ans ; Gannit (1827), mentionné par Velpeau ; un chirurgien de Luds (1829), sur un homme de 43 ans ; Dehane de Wolwêrhampton (1832), sur une petite fille de 10 ans ; Marchal de Strasbourg (1835), homme de 25 ans ; Kluyskens de Gand (1840), homme de 23 ans.

Une fois constitués, ces anévrysmes ne se prêtent à aucune considération particulière qui ne puisse entrer dans l'historique des anévrysmes spontanés.

Nous avons montré plus haut la relation qui existe, au point de vue de la fréquence, entre les différentes artères ; mais il y a une distinction de siège à établir pour la carotide primitive et ses branches.

La carotide primitive est plus souvent atteinte que les carotides secondaires, et sur cette artère les auteurs assignent à la tumeur un siège différent ; Hodgson les place à la bifurcation, Robert à l'origine.

(1) Je ne citerai, pour mémoire des communications de la carotide interne et du sinus caverneux, que les quatre cas dus : 1° à Bell (*Comptes rendus des travaux de la société anatomique* pour 1835) ; 2° Nélaton, 1855 (Thèse de Henry, 1856) ; 3° Hirschfeld (*Société de biologie, comptes rendus*, II^e série, t. V, p. 138) ; 4° Nélaton (1865). Ces quatre cas sont les seuls que possède actuellement la science.

L'anatomie pathologique des anévrysmes des carotides n'est intéressante qu'au point de vue des rapports de l'artère malade.

Pour ne pas nous écarter de notre programme nous n'en dirons qu'un mot ; le larynx et la trachée peuvent être déviés et même perforés. Les nerfs de la région, les plexus brachial et cervical, les *pneumogastriques*, les récurrents, le diaphragmatique, peuvent être englobés dans les parois de la tumeur, et cette particularité constitue un des points les plus importants de l'étude des anévrysmes de la carotide au point de vue du traitement. Nous verrons plus loin que, dans le cas qui nous occupe, le pneumogastrique que l'on croyait avoir évité, ayant subi une déviation dans son trajet, fut compris dans la ligature de la carotide primitive et que cette ligature provoqua des phénomènes extraordinaires et des accidents mortels.

Les rapports qu'affectent les carotides donnent aux anévrysmes de ces artères une gravité spéciale et des symptômes propres, outre ceux qu'ils ont de commun avec tout anévrysme.

Ainsi, l'on peut remarquer que les pulsations généralement exagérées au niveau de l'anévrysme, sont au contraire diminuées dans les branches collatérales de la carotide externe. La compression qu'exerce le sac anévrysmal sur la jugulaire interne, tout à fait imperméable, force le sang veineux à chercher une voie collatérale pour revenir au cœur. La trachée, déviée par la tumeur, est quelquefois aplatie, et cet aplatissement amène des accidents assez graves, tels que la dyspnée, une sorte de sifflement pendant les temps de la respiration, de la suffocation et même de l'asphyxie ; Duncan cite un malade sur lequel il dut faire la trachéotomie avant la ligature de la carotide.

Les accidents les plus redoutables avec l'asphyxie sont à coup sûr ceux que produisent la compression, les tiraillements et l'élongation des nerfs. La circulation cérébrale en souffre, les nerfs pneumogastrique, diaphragmatique, récurrent, les plexus englobés, subissent des modifications profondes dont nous reparlerons à propos des dangers qu'offre la ligature des carotides.

Que ces nerfs soient un tant soit peu lésés, et l'on constate aussitôt

des troubles de la vision, des tintements d'oreilles, des douleurs générales, de l'anxiété, des vertiges, de la toux, en un mot tout un cortège de symptômes fonctionnels, variant à l'infini suivant que l'altération siège sur telle ou telle branche nerveuse. Pour obvier à tous ces inconvénients, et surtout dans le but de délivrer le malade d'une affection aussi grave, les chirurgiens de tous temps ont essayé divers moyens qui leur ont donné des alternatives de succès et de mécomptes.

Nous allons citer les principaux des moyens employés jusqu'à ce jour.

TRAITEMENTS EMPLOYÉS CONTRE LES ANÉVRYSMES

Les cas de guérison spontanée des anévrysmes de la carotide sont très-rares. On en trouve un cas dans les mémoires de l'Académie des sciences publié par Ant. Petit en 1765. L'intervention chirurgicale est presque toujours indiquée, et la plupart des procédés mis en usage pour le traitement des anévrysmes en général ont été employés pour ceux de la carotide en particulier avec plus ou moins de succès. Nous allons les passer en revue.

1° Ligature par la méthode ancienne (Méthode d'Antyllus.)

Cette méthode consiste à ouvrir le sac anévrysmal et à lier l'artère au-dessus et au-dessous. Elle est peu rationnelle quand il s'agit d'un anévrysme de la carotide comme de toute autre artère volumineuse ; on risque de voir le malade succomber pendant l'opération. On cite pourtant quelques succès. En 1829, Sisco; en juin 1857, Syme d'Edimbourg pratiquèrent cette ligature et le résultat fut heureux.

2° Ligature par la méthode d'Anel.

Elle consiste à sectionner l'artère au dessous de l'anévrysme entre deux ligatures. Cette opération présente beaucoup de gravité ; un grand nombre d'opérés succombent par suite d'accidents cérébraux attribuables à la perversion du fonctionnement cérébral à la suite de la modification apportée à la circulation intra-crânienne (hémiplégie du côté opposé, dyspnée et accès de suffocation, phénomènes nerveux graves, suppuration du sac et hémorrhagie). Sur 47 cas (Broca) cette méthode a donné 21 cas de mort, 2 récidives et 24 guérisons, dont quelques-unes ne sont pas tout à fait certaines. La mort a été occasionnée cinq fois par des accidents cérébraux, 3 fois par la dyspnée et accès de suffocation, une fois par des accidents pulmonaires tardifs ; 2 fois par affaiblissement graduel, 1 fois par suppuration du sac, 7 fois par hémorrhagie.

3° Méthode de Brasdor.

Cette méthode consiste à lier l'artère entre le sac et les capillaires ; elle présente les mêmes dangers que la précédente et elle compte autant d'insuccès (4 sur 9). Elle paraît avoir été employée une seule fois en France par Colson de Noyon. Le malade guérit, mais un abcès entraîna la perte de l'œil.

4° Galvano-puncture.

On ne cite que deux cas où l'on ait employé la galvano-puncture (Hamilton de Richmond Keate).

5° Injections coagulantes.

Elles ont été employées une seule fois et sans succès (Dufour de

Lecture : injection de 2 grammes de perchlorure de fer). La mort survint par hémorrhagie foudroyante.

6° *Méthode de Valsalva.*

Elle consiste en saignées répétées et régime débilitant. Cette méthode est peu employée, et même elle ne doit l'être que dans des cas où aucune autre n'est applicable.

7° *Compression directe et indirecte.*

La carotide par sa situation rend sa compression difficile ; ces deux méthodes ne sont donc pas applicables dans la plupart des cas.

Nous allons maintenant donner à peu près en entier la relation de l'observation de M. le Professeur Dubrueil.

DEUXIÈME PARTIE

Observation prise dans le service de Monsieur le Professeur Dubrueil, Hôpital St-Eloi, salle Notre-Dame

Tumeur du voile du palais. Ligature de la carotide primitive et des carotides secondaires. (9 Juin 1883)

La femme X..., âgée de 33 ans, sur laquelle a été pratiquée la ligature de la carotide, a déjà subi, il y a sept ans, l'amputation de la jambe gauche ; elle est en outre atteinte d'une scoliose des plus prononcées.

Depuis 6 mois elle s'était aperçue que son voile du palais augmentait de volume dans sa partie gauche, et cette tuméfaction accompagnée de douleurs, allant croissant, a fini par apporter une gêne notable aux fonctions de la phonation et de la déglutition. C'est ce qui a engagé la malade à venir à l'hôpital. Là on constata que la moitié gauche du voile du palais était le siège d'une tumeur s'arrêtant à la ligne médiane, au voisinage de laquelle elle présentait son volume le plus considérable et s'étendant de là vers le bord gauche du voile au niveau duquel elle était réduite à de minimes proportions.

Dans sa partie la plus saillante, la tumeur occupait le palais mou dans toute sa hauteur et mesurait à peu près deux centimètres et demi d'avant en arrière. La muqueuse qui la recouvrait avait conservé sa coloration normale et ne paraissait que médiocrement adhérente. En palpant la tumeur avec le doigt on percevait une sensation de dureté, de résistance, et on ne sentait ni fluctuation ni pulsations.

Pas d'engorgement ganglionnaire ; état général assez bon ; le diagnostic parut difficile à établir d'une façon précise, et M. le Professeur Dubrueil crut tout naturellement à l'existence d'une tumeur solide sans pouvoir affirmer l'idée d'une tumeur maligne, et admit qu'il avait affaire à un adénome ou un sarcome.

M. Dubrueil songea à débarrasser la malade, et, bien qu'il n'y ait pas normalement de vaisseaux volumineux dans le voile du palais, voulant éviter les ennuis d'une hémorrhagie produite par quelque branche artérielle anormale, développée, il résolut de procéder de la façon suivante : inciser de haut en bas la muqueuse du voile du palais au niveau de la portion la plus saillante de la tumeur ; isoler cette dernière avec le doigt, et lorsque l'isolement serait suffisant, achever de la détacher avec l'anse d'un serre-nœud de Maisonneuve, comptant ainsi se mettre d'une façon à peu près complète à l'abri de l'hémorrhagie.

La section de la muqueuse avec le bistouri ne présenta rien de particulier ; mais, au moment où l'on isolait la tumeur avec le doigt du côté du bord gauche du voile du palais, la malade se mit à rejeter par la bouche des flots d'un sang rutilant qui, d'autre part, s'introduisait dans le larynx et menaçait de l'asphyxier.

Elle était donc placée entre deux dangers immédiats : la mort par hémorrhagie, la mort par asphyxie.

Pour arrêter l'écoulement sanguin, avec les doigts de la main droite M. Dubrueil comprima immédiatement la carotide primitive gauche contre la colonne vertébrale. L'hémorrhagie diminua, mais sans cesser complètement. Il résolut alors de lier la carotide primitive, ne sachant en effet si le sang venait de la carotide interne ou d'une branche pharyngienne ou palatine anormalement développée.

La malade était assise sur une chaise élevée, affaissée sur elle-même et par conséquent dans une position des plus favorables pour cette opération. Néanmoins, confiant au chef de clinique le soin de comprimer la carotide primitive un peu au-dessous de sa bifurcation, il la lia vers sa partie moyenne, non sans avoir été notablement gêné dans la

manœuvre par un écoulement abondant de sang veineux qui s'épanchait dans la plaie et masquait les parties sous-jacentes. Bref, le vaisseau fut lié et l'hémorrhagie arrêtée ; mais la malade était alors bien bas ; nous l'étendîmes sur le lit d'opérations, la tête dans une position déclive ; nous lui fîmes boire quelques gorgées de rhum, et nous faradisâmes le nerf phrénique. Grâce à l'emploi de ces moyens, elle revint à la vie et on appliqua un pansement antiseptique sur la plaie de la ligature. Avant de quitter la malade, M. le Professeur s'aperçut qu'elle était aphone ; il constata, en outre, que du côté gauche (côté de la ligature) on percevait, très-faiblement il est vrai, mais enfin on percevait les battements de la temporale et de la faciale.

L'opération avait été faite à 11 heures. Une heure après, la patiente fut rapportée à son lit. M. Dubrueil recommanda de venir le chercher s'il survenait le moindre accident ; à une heure et demie, on vint lui dire que l'opérée avait de nouveau rejeté du sang par la bouche. Il se rendit immédiatement auprès d'elle ; elle ne rendait plus de sang ; mais, craignant de voir l'hémorrhagie se reproduire, ce qui dans l'état de débilité où se trouvait la malade devait fatalement et promptement se terminer d'une façon funeste, il résolut de prendre toutes les mesures possibles pour écarter le danger. Il plaça une seconde ligature sur la carotide primitive, à 1 cent. 1½ environ plus haut que la précédente, puis lia successivement la thyroïdienne, les carotides externe et interne.

Pendant ces manœuvres, il vit le nerf pneumo gastrique, et s'assura qu'il ne le comprenait dans aucune des ligatures.

Prescription : deux potions, l'une avec 20 gouttes de perchlorure de fer, l'autre contenant des stimulants diffusibles.

Il recommanda en outre de faire prendre à la malade du bouillon par cuillerées et de lui faire tenir dans la bouche des fragments de glace...

« A quatre heures, je revins, dit M. Dubrueil, voir s'il n'y avait pas lieu de pratiquer la transfusion ; l'opérée était dans un état relativement satisfaisant qui fit écarter l'idée de cette opération.

» La malade continuait à être aphone, aphonie qui, pour le dire une fois pour toutes, a persisté jusqu'à aujourd'hui ; elle déclarait souffrir très-peu et se plaignait d'être devenue sourde de l'oreille gauche. Je constatai que la pupille gauche était notablement rétrécie ; ce rétrécissement existe encore.

» Voici maintenant quelques mots sur ce que nous avons constaté depuis le jour de l'opération. Sauf le jour même, où la température est descendue à 38° 2, elle n'a pas dépassé 37° 5. Le pouls est toujours resté à 120°, sauf le 6, où il n'y avait, le matin, que 114 pulsations. La surdité a disparu 9 jours après l'opération.

» Le lendemain de la ligature, on a constaté un peu de congestion pulmonaire, prononcée surtout à gauche. On administra de l'oxyde blanc d'antimoine, et la congestion disparut. La malade se nourrit avec des bouillons, des potages, et depuis quelques jours avec de la poudre de viande ; de temps à autre, elle prend quelques aliments solides.

» A deux reprises elle a éprouvé de la gêne respiratoire ; la première fois, la dyspnée n'a pas été très-intense ; mais la seconde fois, le 5, elle s'est reproduite avec une grande intensité et s'est accompagnée d'un état de dépression qui a inspiré de sérieuses inquiétudes. On a constaté, à ce moment-là, que la peau de la face se congestionnait du côté droit, tandis qu'à gauche (côté de la ligature), la pâleur habituelle persistait. Le 6, deux ligatures se sont détachées ; mais je ne saurais dire sur quels vaisseaux elles avaient été appliquées, car, en dehors des cinq ligatures artérielles que j'avais pratiquées, j'avais lié des veines que j'avais trouvées sur mon chemin, en cherchant les deux carotides secondaires. Je suppose que ce sont les ligatures veineuses qui se sont détachées. Ce même jour, j'ai fait prendre comparative-ment la température des deux régions temporales, et du côté de la ligature on a constaté que le thermomètre restait à deux degrés au-dessous de la température du côté indemne.

» Aujourd'hui (9 juin), j'ai enlevé trois ligatures artérielles qui ne tenaient plus.

» Je suppose que ce sont : la ligature supérieure de la carotide primitive, celle de la thyroïdienne et une des ligatures placées sur les carotides secondaires.

» La partie la plus superficielle de la tumeur qui apparaissait à travers la solution de continuité de la muqueuse s'est mortifiée, et la partie sous-jacente, qui présente un aspect rosé, semble être le siège d'un travail atrophique. La malade affirme que la grosseur lui paraît beaucoup diminuée.

» Cette malade survivra-t-elle ? Je l'espère sans oser l'affirmer ; car la mort, à la suite de la ligature de la carotide primitive, s'est quelquefois produite après un délai plus long que celui qui s'est écoulé chez notre malade ; je dois dire cependant que, quand l'hémiplégie survient, elle arrive généralement dans le courant de la première semaine.

» J'ai maintenant à ajouter quelques réflexions. Et d'abord : Comment s'est produite l'hémorrhagie ? Je ne crois pas avoir eu, sans m'en douter, affaire à un anévrysme ; il me semble plus rationnel d'admettre que la tumeur, dont j'ignore encore la véritable nature, recevait par quelque point de sa surface des vaisseaux volumineux, et que c'est de ces vaisseaux déchirés par mon doigt qu'est venue l'hémorrhagie.

» Eut-il été plus rationnel de se borner à lier la carotide externe, en se fondant sur ce que la carotide interne ne fournit de vaisseau ni au voile du palais, ni au pharynx ?

» C'est possible ; mais dans le premier moment, ne pouvant avoir aucune donnée précise de la source de l'hémorrhagie, je crois que j'ai agi régulièrement en liant la carotide primitive, d'autant plus qu'il était urgent, sous peine de voir succomber la malade, d'en finir au plus vite, et la ligature de la carotide externe eût indubitablement demandé beaucoup plus de temps que celle de la carotide primitive.

» On n'eut à observer, du côté de l'encéphale, aucun de ces accidents graves que l'on observe trop souvent à la suite de la ligature de la carotide primitive. La malade n'a présenté ni hémiplégie, ni syncope, ni délire, ni coma, ni convulsions.

» Elle a eu et a encore un rétrécissement de la pupille sans perte de la vision. Ce rétrécissement pupillaire a déjà été indiqué par Fox et Coates, et paraît difficile à expliquer. Quant à l'aphonie, à la fréquence des contractions cardiaques et aux troubles passagers de la respiration, il me semble plus aisé d'en fournir l'explication. La section des pneumogastriques, chez les animaux, a, on le sait, pour effet d'accélérer la circulation et d'agir en sens inverse sur la respiration à laquelle elle apporte un trouble notable.

» D'autre part cette section produit l'aphonie en paralysant les muscles intrinsèques du larynx, sauf le crico-thyroïdien innervé par le laryngé externe branche du laryngé supérieur, lequel naît au-dessus du point où l'on pratique la section expérimentale des pneumogastriques.

» Chez notre malade, je ne pense pas avoir lié le pneumogastrique ; mais ce qui a bien pu arriver, c'est que j'ai contusionné ce nerf. Il me paraît très-probable qu'à la suite des contacts plus ou moins rudes qu'il a eu à subir de la part de la sonde cannelée, de l'aiguille de Cooper, il a été atteint d'une névrite et je crois que c'est à la contusion et à la névrite qu'il faut rapporter les phénomènes observés du côté du larynx, du cœur et du poumon.

» L'absence de douleur sur le trajet du nerf n'est pas incompatible avec l'hypothèse d'une névrite. La sensibilité du pneumogastrique est en rapport avec la sensibilité des organes auxquels il va se distribuer.

10 juin. — Au moment même où, samedi dernier, je vous parlais de la malade qui avait subi la ligature de la carotide primitive et des carotides secondaires, cette malheureuse était prise d'une douleur très-vive au niveau de la région frontale, s'irradiant à droite, et quand notre conférence fut terminée on m'annonça qu'elle venait d'être frappée d'hémiplégie. Je me rendis auprès d'elle, et je constatai qu'en effet elle était paralysée du côté des ligatures, c'est-à-dire à gauche.

» Les deux membres supérieur et inférieur étaient dans un état complet de résolution. Les traits du visage et la langue étaient déviés

à droite. La sensibilité et l'intelligence étaient conservées. Le pouls avait le même degré de fréquence qu'avant l'attaque.

» Prescription : lavement avec infusion de 15 grammes de follicules de séné additionné de 15 grammes de sulfate de soude ; sinapismes aux membres inférieurs ; glace sur la tête.

» La malade présente de nouveau quelques mouvements convulsifs et un peu de contraction des muscles paralysés. On répète le lavement purgatif, et en raison de la faiblesse de la patiente on lui administre une potion tonique et du thé alcoolisé. Le 11, la malade est tombée dans le coma, et elle a succombé le 12, à 11 heures du matin. »

Autopsie. — Quelque temps après la mort, M. le professeur Dubrueil procéda à l'autopsie du sujet et recueillit les résultats suivants :

« Les artères thyroïdiennes supérieures, carotides internes et externes, avaient été sectionnées par la ligature et oblitérées par un caillot du côté périphérique. La ligature supérieure de la carotide primitive avait également complètement divisé ce vaisseau, qui présentait aussi un caillot périphérique. Pas plus que dans les artères dont nous venons de parler, il n'y avait de caillot central. Quant à la ligature placée sur la portion moyenne de la carotide primitive, celle qui avait été pratiquée au moment même de l'hémorrhagie, elle avait sectionné le vaisseau dans lequel nous n'avons pas trouvé de caillots ; je suppose qu'ils ont dû être détachés quand on a enlevé la pièce.

» Nous avons constaté que, à ce niveau, le nerf pneumo-gastrique avait été lié en même temps que l'artère. Ce nerf est diminué de volume, étranglé au niveau de la ligature ; une étude microscopique ultérieure nous apprendra quel est l'état des tubes nerveux du dessous du fil constricteur, que le nerf, au lieu d'être placé en dehors de la carotide primitive, entre l'artère et la jugulaire interne, est, au contraire, appliqué sur le côté antérieur et interne du vaisseau artériel contre lequel il est fixé par la péri-artérite consécutive à la ligature, péri-artérite qui a irrégulièrement épaissi la tunique externe de l'ar-

tère. Du côté droit, le nerf avait sa position normale en dehors de l'artère.

» L'examen de la tumeur du voile du palais conduit dans une cavité arrondie, tapissée par une paroi lisse remplie par un caillot passif et en communication avec l'artère carotide interne. C'est donc un anévrysme de l'artère carotide qui s'est produit au niveau du bord latéral gauche du voile du palais et s'est fait jour dans l'épaisseur de ce voile. La partie de la tumeur que nous avons vue se mortifier était le tissu cellulaire interposé entre la muqueuse et l'anévrysme.

» En enlevant le cerveau, on voit que les veines de la pie-mère sont gorgées de sang du côté droit ; rien d'analogue à gauche. L'examen du cerveau démontre, à la face inférieure de l'hémisphère droit, l'existence d'un foyer hémorrhagique occupant les deux tiers internes environ du lobe frontal. En procédant à l'ablation de la pie-mère, on constate qu'elle se détache facilement à gauche, tandis que, à droite, elle présente de nombreuses adhérences.

» Les coupes de Pitres, pratiquées du côté gauche, ne font rien découvrir ; à droite, au niveau des coupes pré-frontales et pédiculo-frontales, existe un foyer hémorrhagique qui intéresse en surface les circonvolutions olfactives et orbitaires et qui, en profondeur, s'étend jusqu'au voisinage de la couche optique et du corps strié. En outre, il existe un ramollissement général assez marqué des deux tiers antérieurs de l'hémisphère droit, lequel reprend sa consistance normale au niveau de la coupe pédiculo-pariétale. Rien de particulier dans les artères cérébrales ni dans les autres points de l'encéphale.

» L'autopsie est venue éclairer ce cas intéressant, produit dans des conditions exceptionnelles et accompagné de circonstances si étranges.

» La tumeur du voile du palais était constituée par un anévrysme de la carotide interne ; on trouve bien dans la science des relations d'anévrysmes de cette artère qui sont venus faire saillie du côté de l'amygdale et ont été pris et ouverts pour des abcès amygdaliens de la carotide interne s'étant développés dans le voile du palais.

» Le nerf pneumo-gastrique a été compris dans la ligature pratiquée

au moment de l'hémorrhagie. Par une anomalie malheureuse, il se trouvait en avant et en dedans de l'artère. Dans la manœuvre rapide à laquelle je dus me livrer pour trouver et lier ce vaisseau, je me bornai à constater, en glissant la sonde de Cooper de dehors en dedans, que je l'appliquais bien immédiatement contre la paroi artérielle sans embrasser le cordon nerveux.

» Mais je n'examinai pas l'artère en avant et en dedans; il fallait en finir au plus vite. C'est donc à la ligature de ce nerf, et non pas à une névrite déterminée par la contusion, qu'il faut rapporter les symptômes observés du côté de la respiration et de la circulation.

» Notre chef des travaux anatomiques, M. Chalot, qui injecte lui-même par la carotide les cadavres destinés aux dissections et a par suite fort souvent l'occasion d'examiner ce vaisseau, m'a dit que deux fois il avait trouvé le pneumo-gastrique placé en avant de l'artère.

» Enfin, un fait des plus anormaux, c'est l'hémiplégie frappant le côté de la ligature ; certes, l'hémiplégie n'est pas rare après la ligature de la carotide primitive, mais, produite par l'anémie de l'hémisphère cérébral correspondant à la ligature, elle se manifeste du côté opposé.

» L'autopsie montre qu'il y avait à la fois hémorrhagie et ramollissement à droite. La genèse de cette double lésion est difficile à expliquer. Peut-être pourrait-on invoquer pour l'hémorrhagie l'afflux d'une quantité de sang plus considérable de ce côté du cerveau, l'autre hémisphère n'en recevant plus directement par la carotide interne.

» Quant au ramollissement, nous n'avons rien trouvé qui puisse en expliquer le mode de production.»

L'observation que nous venons de rapporter est grosse d'intérêt, et n'a peut-être pas d'analogue dans les annales de la médecine. Outre les difficultés du diagnostic, les suites de l'opération sont de nature exceptionnelle, et, comme le dit M. Dubrueil, on est en droit de s'étonner de voir l'apparition d'une hémiplégie du côté opéré lorsque d'habitude, après la ligature de la carotide primitive, cette hémiplégie se produit

de côté opposé à la ligature. On a trouvé, il est vrai à la nécropsie une hémorragie et un foyer de ramollissement à droite. L'explication que donne M. Dubrueil du défaut d'équilibre dans la circulation cérébrale est plausible pour l'hémorragie. Quant au ramollissement, n'était-il pas dû à une embolie dont l'existence a échappé aux investigations ?

TROISIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La plupart des ouvrages classiques prétendent qu'il est assez facile de distinguer un anévrysme quel qu'il soit d'une tumeur située dans la même région. Il semble en effet commode au premier abord de porter un diagnostic certain; il n'en est malheureusement pas ainsi dans beaucoup de cas, et l'obscurité se fait pour plusieurs raisons : 1° parce que certaines tumeurs peuvent offrir des caractères semblables à ceux des anévrysmes ; 2° parce que certains anévrysmes peuvent être privés de quelques-uns des caractères qui servent ordinairement à le distinguer. Il en résulte d'une part qu'on peut croire à la présence d'un anévrysme qui n'existe pas, et d'autre part, qu'on peut méconnaître la présence d'un anévrysme qui existe réellement — et c'est le cas qui se présente dans l'observation que nous relatons. — Ces deux erreurs seraient aussi graves l'une que l'autre.

Il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs simulant absolument l'anévrysme. Ces tumeurs sont animées de battements propres ou de battements communiqués par les pulsations d'une artère voisine. Réciproquement on rencontre de véritables tumeurs anévrysmales dépourvues de battements ou du moins chez lesquelles les battements se produisent loin de leur siège habituel.

Lorsqu'on a reconnu la présence et la nature d'une tumeur anévrysmale, on n'a pas satisfait à toutes les exigences du diagnostic (Broca): les anévrysmes de la région maxillo-carotidienne offrent une certaine

difficulté ; on peut se demander s'ils viennent du tronc de la carotide externe ou de l'une de ses branches. D'une manière générale, il suffit de savoir quelle est l'artère qui tient sous sa dépendance les battements de la tumeur.

On devra toujours chercher à déterminer le siège précis de la tumeur, tenir compte de l'origine indiquée par le malade, de l'auscultation, de l'état de la circulation de la tête, enfin et surtout de l'influence qu'exerce sur la tumeur la compression appliquée sur la partie supérieure de la carotide.

M. Marey a fourni les moyens de reconnaître les plus légères altérations dans la tension artérielle et donné la démonstration du mécanisme suivant lequel s'opèrent ces changements. L'emploi du sphygmographe peut éclairer dans certains cas un diagnostic douteux, même quand il s'agit de la nature de la tumeur. Les tumeurs solides, en effet, situées au-devant des tumeurs anévrysmales, ne donnent pas le même tracé.

Lorsqu'on applique le sphygmographe sur un anévrysme, dit M. Marey, on obtient un tracé d'une amplitude énorme. En général, ce tracé ne saurait être contenu dans la largeur du papier employé ordinairement.

Les anévrysmes de la carotide primitive siégeant sur la carotide interne font saillie dans la cavité buccale et donnent lieu à de fatales méprises. Quatre fois des anévrysmes de la vertébrale ont été pris pour des anévrysmes de la carotide, par Kluykens de Gand, Catholica et Chiari de Naples, et un chirurgien de l'hôpital San-José de Lisbonne. En 1847, Duke de Dublin prit pour un abcès de l'amygdale un anévrysme carotidien et le ponctionna. En 1859, Stanley de St-Barthélemy de Londres commit la même erreur. Après ligature, le premier guérit ; le deuxième mourut d'accidents cérébraux. En 1859, Chassaignac, en ouvrant un abcès rétro-pharyngien, ouvrit la carotide déviée. Guérison après ligature. En 1850, M. le professeur Verneuil, alors aide d'anatomie à la faculté de médecine de Paris, fournit un travail intitulé : « Notes pour servir à l'histoire des anévrysmes », dans lequel il dit :

les erreurs de diagnostic commises par des chirurgiens justement célèbres sont là pour nous l'apprendre. Il conseille dans tous les cas l'emploi du stéthoscope, qui supplée à l'insuffisance de l'oreille et rend perceptibles les moindres bruits ; mais ce moyen, quoique incontestablement excellent, n'est pas toujours pratique ; il faut pouvoir appliquer l'instrument, et nous doutons fort que dans le cas que nous avons cité il eût été de quelque utilité.

A propos de la suspension des battements artériels dans les tumeurs anévrysmales, M. Chaumet l'attribue à une action spéciale du cœur, une influence morale, une variation de position. Mais M. Verneuil pense que l'action propre des artères est pour beaucoup dans la suspension du cours du sang.

Un caillot fibrineux peut enlever à un anévrysme sa puissance pulsatile. Ces anévrysmes, dit-il, en partie solidifiés par des caillots fibrineux, peuvent devenir très-peu réductibles, très-peu pulsatiles ; le bruit de souffle peut s'y affaiblir et même s'y éteindre tout à fait. Lorsqu'un anévrysme est ainsi modifié par la présence d'un caillot fibrineux, il ressemble beaucoup à une tumeur solide.

Quelles sont les principales tumeurs qui peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic ?

Les tumeurs intéressant le voile du palais qui se prêtent le plus à la confusion sont : les adénomes, le cancer, les abcès, les tumeurs syphilitiques, les exostoses médio-palatines, les tumeurs fibreuses, les kystes et les tumeurs sanguines.

Adénomes. — Les adénomes palatins ne sont connus que depuis quelques années. En 1847, Nélaton en publia une observation. Michon, en 1852, appela sur ces tumeurs l'attention des chirurgiens ; après eux, Parmentier, Rouyer, Velpeau et Letenneur de Nantes, firent connaître de nouveaux faits. Ces tumeurs sont généralement situées près de la ligne médiane, à gauche ou à droite, à l'union du voile et de la voûte du palais. Pour la plupart des micrographes elles sont constituées par une simple hypertrophie glandulaire pourvue de culs-

de-sac ; elles ont une consistance assez ferme, une forme ronde ou ovale, quelquefois lobulée, une masse bien circonscrite d'une mobilité plus ou moins grande. Cette tumeur offre des symptômes et provoque une gêne mécanique proportionnée à son volume. Sa marche est insidieuse, son évolution lente, et elle n'est jamais accompagnée d'engorgement ganglionnaire. Elle tend toujours à s'accroître, à gêner de plus en plus l'articulation des sons, la déglutition, la respiration, à dégénérer et à prendre les caractères d'une tumeur maligne ; cependant, la muqueuse qui la recouvre reste toujours intacte.

L'adénome se montre avant quarante ans, devient ensuite une exception et presque une négation ; la tumeur est isolée ; à l'examen direct, on remarque qu'il est arrondi et bosselé, saillant dans la cavité buccale, nullement fluctuant, absolument indolent à la pression et dépourvu de tout battement, de bruit de souffle ; il n'altère pas la santé générale et ne récidive pas après son ablation.

Cancer. — Le cancer primitif du voile du palais est rare. En tout cas on observe surtout la forme interstitielle ; il ne se montre qu'après quarante ans ; au début, il offre des symptômes aussi anodins que l'adénome, mais au lieu d'une évolution lente, il offre au contraire une marche rapide et possède une grande tendance à détruire les tissus voisins. Dans les glandes, il apparaît quand ces organes sont en diminution d'activité, et toujours il éteint ou affaiblit les fonctions des tissus qu'il atteint, envahit de bonne heure les ganglions, se répand en prolongements irréguliers dans les parties circonvoisines, et là fait masse commune avec ces tissus et n'est bientôt plus qu'un bloc adhérent et immobile sous les téguments.

Dans cet envahissement général, le voile du palais perd rapidement sa mobilité, ses fonctions physiologiques, et devient bientôt le siège de douleurs lancinantes qui manquent rarement. La muqueuse adhérente se couvre d'une teinte foncée et d'une varicosité pathognomonique. Elle s'ulcère de bonne heure ou tend fatalement à l'ulcération. Le cancer récidive à peu près constamment tant sur place que

dans les parties éloignées. L'organisation tout entière subit l'infection et ne tarde pas à montrer la teinte, l'amaigrissement et l'anémie qui caractérisent la cachexie cancéreuse ; à mesure que le mal continue sa marche envahissante et destructive, le patient dépérit et s'épuise, et la mort est au bout de cette chaîne de souffrances, tantôt lente et tardive à la suite d'une alimentation insuffisante ou de pertes de sang répétées, tantôt brusque et étonnante dans un accès de suffocation. Les commémoratifs aideront à distinguer l'anévrysme du cancer hématode. Celui-ci ne se manifeste à l'état d'hématode qu'au bout d'un certain temps. Il y avait donc avant une tumeur solide, irréductible, sans souffle ni pulsations. L'anévrysme, au contraire, est pulsatile dès le début et ce n'est que par des dépôts successifs de caillots fibrineux qu'il peut devenir irréductible et voir s'affaiblir les pulsations. Dans ce cas, l'anévrysme est très-dur, tandis que le cancer hématode est mou et fluctuant.

Lymphomes. — Bergeron nous donne, dans sa thèse de concours, les règles générales propres à guider le diagnostic entre les anévrysmes et les lymphomes.

1° Ces dernières tumeurs, dit-il, ont leur point de départ dans une région où se trouvent des ganglions.

2° La tumeur est multiple, en forme de chapelet, au moins à ses débuts.

3° Les tumeurs sont mobiles dans les parties sous-jacentes au moins au début, elles sont nettement circonscrites :

4° Les organes environnants, en particulier les organes glandulaires, sont sains.

Le bruit de souffle et le mouvement d'expansion suffiront pour distinguer l'anévrysme.

Abcès. — Les cas d'erreur ont été très-nombreux ; Ribes a rassemblé dans un de ses mémoires un assez grand nombre d'erreurs commises par des chirurgiens célèbres. Broca en a encore augmenté

la liste en y ajoutant Dupuytren, Cullerier, White et même Boyer. L'abcès offre beaucoup de points de ressemblance avec l'anévrysme. La fluctuation existe dans les deux tumeurs, et l'abcès peut posséder des battements communiqués par une artère voisine ou subjacente; mais on n'y observe pas de bruit de souffle se prolongeant au delà de la tumeur; les phénomènes inflammatoires et locaux sont plus marqués dans l'abcès et les phénomènes généraux moins prononcés; sa marche est plus rapide, et il siège de préférence du côté des amygdales. De plus, la pression qui diminue la capacité de l'anévrysme, en refoulant le sang dans les canaux artériels, ne produit qu'une simple dépression sur l'abcès sans diminuer la quantité de liquide; s'il est encore en formation, le toucher en est excessivement douloureux.

Tumeurs syphilitiques. — Nous comprenons dans ce titre les gommes et les exostoses médio-palatines. Les antécédents du malade, les manifestations cutanées ou des muqueuses éclaireront le diagnostic; en tout cas, l'erreur ne saurait être que passagère, le traitement procurant assez vite des changements notables dans les tumeurs spécifiques.

Tumeurs fibreuses. — Elles n'imitent l'anévrysme que lorsqu'elles compriment une artère qui leur communique des battements; mais les battements communiqués diffèrent tout à fait des mouvements d'expansion de l'anévrysme. Lorsqu'on saisit la tumeur avec plusieurs doigts on sent qu'à chaque pulsation elle est soulevée sans augmenter de volume. Si on attire la tumeur vers la peau ou qu'on la repousse latéralement on fait disparaître les battements que l'artère lui communiquait ainsi que le bruit de souffle; la compression de la tumeur, pas plus que la compression de l'artère au-dessus et au-dessous de cette tumeur, n'influe sur son volume; elle est donc irréductible, tandis que dans l'anévrysme les battements sont accompagnés d'expansion, et la réductibilité n'est jamais nulle à cause d'une certaine quantité de sang

liquide contenue dans la cavité de l'anévrysme. Les renseignements fournis par le malade sont de précieux éléments de diagnostic.

Si, malgré ces divers caractères, le diagnostic demeurerait douteux, il reste un moyen recommandé par Broca : la compression directe et permanente du tronc de l'artère au-dessus de la tumeur.

Tumeurs érectiles artérielles. — Ces dernières occupent les capillaires et les artérioles, et l'anévrysme occupe les grosses artères ; la compression de l'artère anévrysmale réduit ou diminue la poche anévrysmale, tandis que les tumeurs érectiles, alimentées par une foule de petits vaisseaux, ne s'affaissent et ne perdent leurs battements que lorsqu'on va comprimer au loin le tronc principal d'où émanent tous leurs vaisseaux. Elles ont en général une forme aplatie, des battements moins rudes, plus lents et le souffle plus doux et plus faible que les tumeurs anévrysmales. Enfin, la consistance molle des tumeurs érectiles ne pourra être confondue avec la rénitence marquée des anévrysmes (Follin).

Varices artérielles. — Elles sont généralement assez faciles à distinguer des anévrysmes ordinaires. Elles forment une tumeur diffuse, inégale, constituée par des artères tortueuses et dilatées dont les flexuosités se sentent très-bien à travers la peau. Nombre d'artères qui y aboutissent entretiennent les pulsations autour de la tumeur. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de ces affections, qui ne se présentent pas dans la région carotidienne.

QUATRIÈME PARTIE

CONSÉQUENCES ET ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA LIGATURE DES CAROTIDES

Nous terminons notre travail par quelques considérations sur les accidents observés à la suite de la ligature des carotides.

La circulation du cerveau est mise à l'abri d'une interruption complète par l'hexagone artériel de sa base qui fait les frais de la circulation collatérale. Les carotides droite et gauche communiquent entre elles à la fois par les branches collatérales de la carotide externe et par les vaisseaux intra-crâniens ; le cercle de Willis établit de nombreuses anastomoses entre la vertébrale et la carotide intra-crânienne. Aussi ne constate-t-on jamais après la ligature de la carotide primitive des accidents semblables à ceux qui surviennent dans les membres inférieurs ou supérieurs, à la suite de la ligature de leur artère principale. Mais le cerveau est un organe excessivement délicat. Il ne supporte pas une diminution, même légère, dans la quantité de sang qu'il reçoit normalement sans le manifester par des troubles plus ou moins graves. Aussi est-il facile de comprendre, vu le volume et l'importance de la carotide primitive au point de vue de la circulation cérébrale, la gravité et les conséquences trop souvent désastreuses de la ligature de cette artère.

Nous ne citerons que les accidents cérébraux qui sont, en même temps que les plus fréquents, les plus dangereux.

1° Les vertiges, le délire annoncent une perturbation assez grave dans les fonctions du cerveau ; ils doivent être pris en sérieuse considération.

2° La syncope, suivant immédiatement l'opération, peut disparaître sans laisser de trace (Hutton, Gordon, Buch) ; d'autres fois elle laisse après elle une faiblesse passagère de la vue, de la dysphagie disparaissant après quelques jours. (Molina).

3° Le coma, accident grave du moment qui peut entraîner assez rapidement la mort du malade, est heureusement assez rare. Rossi vit son malade succomber le 6^e jour; Rey, 5 ou 6 heures après l'opération. O. Reilly de Dublin, ayant pris pour un anévrysme carotidien une tumeur cancéreuse très-vasculaire, vit son malade mourir dans le coma, le 9^e jour après l'opération.

4° Du côté de l'œil, Coates et Fox ont constaté plusieurs fois la contraction de la pupille correspondante ; Molina, des troubles passagers de la vue ; Sédillot, des convulsions des muscles de l'orbite, et même consécutivement la suppuration et la perte de l'œil (Colson).

5° L'aphonie, ainsi que la dyspnée, paraissent devoir être produites par une légère contusion ou par un froissement du nerf pneumogastrique, pendant la dénudation de l'artère (cas de Barrier, Chassaiguac et Dubrueil); elle peut dépendre aussi d'une lésion cérébrale, comme cela paraît avoir eu lieu pour les malades de Magendie et de Richet.

6° La dysphagie est probablement le résultat de la douleur occasionnée par les mouvements imprimés à la trachée à chaque déglutition.

7° Les convulsions, apparaissant souvent immédiatement après la ligature, réapparaissent quelquefois un mois plus tard ; elles peuvent être remplacées par de l'hémiplégie, des attaques épileptiformes et d'autres accidents analogues, dépendant tous d'une lésion consécutive et matérielle du cerveau.

8° L'hémiplégie, le plus fréquent de tous les accidents consécutifs à

la ligature de la carotide, est, en même temps, le plus grave ; tous les opérés qui en ont été atteints ont généralement succombé ; elle est presque toujours précédée d'autres accidents nerveux, tels que délire, convulsions, stupeur, surdité, coma, etc. Mais, chose digne de remarque, tandis que l'hémiplégie, atteignant les membres, affecte ceux du côté opposé à la ligature, elle atteint les organes de la face du côté correspondant.

En résumé, les accidents cérébraux consécutifs à la ligature de la carotide primitive sont tellement graves qu'il ne faut faire cette opération que dans les cas de nécessité absolue. Dans le 5^m des cas, ils ont entraîné, seuls, la mort du malade, et, fait curieux, ces accidents varient suivant la cause pour laquelle on a fait l'opération.

D'après la statistique de Norris, sur 38 opérés, des accidents cérébraux se sont montrés 12 fois, c'est-à-dire près de 32 0/0 (1) pour anévrysmes de la carotide primitive. Dans le cas d'hémorrhagie traumatique (2), la proportion est de 8 sur 30, c'est-à-dire un peu moins de 27 0/0. Cette proportion est seulement de 19 0/0 à la suite de ligature pour tumeurs érectiles (3).

Enfin, après l'énumération que nous venons de faire des accidents consécutifs à cette ligature, et les cas nombreux d'erreur que l'on trouve cités dans les auteurs, nous croyons que, dans les cas douteux, il vaudra mieux pour le chirurgien s'abstenir et, avant de prendre une détermination et de se livrer à une opération dont la suite pourrait être funeste, attendre que le temps vienne juger la maladie et lui fournir un diagnostic certain.

(1) American journal off. med. sciences 1847. (V. 14, p. 27).

(2) Loc. citat. (p. 28).

(3) Loc. cit. (p. 35).

Vu :
Le président censeur,
DUBRUEIL

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

Vu, bon à imprimer :
Le Doyen,
BENOIT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA, Traité des tumeurs.
BROCA, Traité des anévrysmes.
FOLLIN, Maladies du voile du palais.
OTT. J., Thèse de Paris, 1880.
PYTHON, Thèse de Paris, 1875.
LE FORT, Art. carotide. *Dict. encyclopédique des sciences médicales.*
LE FORT, Art. anévrysmes. *Dict. encyclopédique des sciences médicales.*
VERNEUIL, 1853. Notes pour servir à l'étude des anévrysmes.
-

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

D'un cas d'anévrysme de la carotide interne. Diagnostic différentiel
d'avec les tumeurs du voile du palais.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !
